Immunisation contre l'hépatite B
Analyse des données concernant le programme visant les groupes prioritaires

Janvier 1997 à Décembre 1998

Novembre 2000

Auteurs

France Janelle
Éric Levac

Collaborateurs

Lucie Fugère
Lise Guay
Dominique Tremblay

Secrétariat

Louise Couture

Conception et réalisation de la page couverture

Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion

Nathalie Hudon

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Madame Ginette Charbonneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : I 13,788

Dépôt légal - 4e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-176-8

Prix : 6,00 $

Mot du directeur

La transmission de l'hépatite B demeure une préoccupation importante pour la Direction de la santé publique (DSP). En Montérégie, d'après nos données de surveillance, on peut constater une augmentation des cas déclarés durant la dernière année. En effet, le nombre est passé de 147 en 1998 à 171 en 1999.

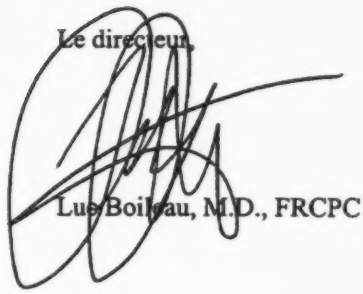
En 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) élargissait son programme de vaccination gratuite contre l'hépatite B et identifiait certains groupes prioritaires. Conformément à son mandat de prévention et de protection de la santé publique, la DSP de la Montérégie et ses partenaires mettaient en place un programme de vaccination gratuite contre l'hépatite B pour ces groupes prioritaires identifiés par le MSSS et pour d'autres groupes ciblés dans notre région.

Soucieux de connaître dans quelle mesure ce programme nous a permis de rejoindre les clientèles que nous jugions vulnérables et dans le but d'apporter les améliorations à nos stratégies pour permettre de protéger davantage la population de la Montérégie contre cette infection, nous avons procédé à l'analyse des données de vaccination recueillies durant les années 1997 et 1998.

Vous remarquerez, à la lecture de ce rapport, que la vaccination contre l'hépatite B est une pratique préventive bien implantée en Montérégie, tant en CLSC qu'en cabinet privé. Les efforts déployés ont permis de vacciner plusieurs personnes parmi la clientèle jeunesse. Certaines clientèles plus marginalisées demeurent cependant difficiles à rejoindre.

Ces résultats nous incitent non seulement à maintenir, mais à intensifier nos actions pour le contrôle de l'hépatite B en assurant le soutien nécessaire aux vaccinateurs.

Le directeur,



Luc Boileau, M.D., FRCPC

Table des matières

INTRODUCTION ____ *6*

1. Sources de données ____ *8*
2. Méthode ____ *9*
3. Résultats ____ *12*
4. Discussion ____ *15*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS ____ *18*

Annexe 1 Distribution des intervalles entre les doses ____ *21*
Annexe 2 Exemple de grille de collecte des données ____ *23*

106-04590/

Liste des tableaux

Tableau 1 Clientèles cibles visées par le programme d'immunisation contre l'hépatite B _____ *6*

Tableau 2 Catégories générées par l'algorithme _____ *11*

Tableau 3 Répartition des personnes vaccinées en fonction de l'âge et du sexe _____ *12*

Tableau 4 Répartition des doses administrées en fonction des groupes prioritaires _____ *13*

Tableau 5 Nombre d'individus en fonction des doses reçues _____ *14*

Tableau 6 Nombre de doses selon le groupe d'âge _____ *14*

INTRODUCTION

L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée de façon universelle. Au Québec, la stratégie proposée pour réduire l'impact de cette maladie était jusqu'à maintenant limitée à la vaccination gratuite des élèves de quatrième année du primaire, jumelée à un programme de vaccination gratuite pour certains groupes prioritaires.

Tableau 1
Clientèles cibles visées par le programme d'immunisation contre l'hépatite B

1	Les nouveau-nés de mères positives à l'antigène HBsAg.
2	Toute personne vivant dans la même maisonnée qu'un cas aigu ou un porteur et tout partenaire sexuel d'un cas aigu ou d'un porteur.
3	Toute personne consultant un service de santé telles les cliniques jeunesse et ayant des facteurs de risque pour l'hépatite B, MTS, partenaires multiples,...
4	La clientèle des centres d'accueil pour jeunes en difficulté d'adaptation, secteur hébergement.
5	Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et cocaïnomanes ainsi que leur(s) partenaire(s) sexuel(s) régulier(s).
6	Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et leurs partenaires féminines, le cas échéant.
7	Les personnes s'adonnant à la prostitution.
8	Les nouveau-nés de mères cocaïnomanes et UDI.
9	Les nouveau-nés de mères du sud-est asiatique.
10	Les déficients intellectuels.
11	Les clients de centre de réadaptation pour toxicomanes.
12	Les détenus de centre de détention.
13	Tout adolescent de moins de 18 ans, demandant la vaccination.

Les CLSC, les Centres jeunesse, les centres de détention et les médecins en cabinet privé sont les principaux partenaires impliqués dans l'application de ces programmes.

La présente analyse porte sur les données recueillies durant les années 1997 et 1998. Le but est de décrire le portrait de la population rejointe par le programme destiné aux groupes prioritaires et de déterminer dans quelle mesure ce programme a permis de rejoindre les clientèles les plus vulnérables.

Le programme d'immunisation destiné aux élèves de quatrième année du primaire fait l'objet d'un autre processus d'évaluation et n'est pas abordé dans le présent rapport.

1. Sources de données

Les sources de données utilisées sont :

- Les grilles de collecte des données (voir exemple à l'annexe 2) complétées par les vaccinateurs et transmises à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation lors de la commande de vaccins, ou par la poste avec les formulaires d'immunisation. Cette condition devait être remplie pour que les vaccinateurs puissent être approvisionnés de nouveau, sinon les commandes de vaccins pouvaient être coupées. La grille comprend les indicateurs suivants : la date de naissance de la personne vaccinée, le sexe, le code de clientèle cible justifiant la vaccination, la date de la vaccination, le nom et le code du vaccinateur. Cette grille ne contient aucune donnée nominale pouvant nous permettre d'identifier la personne vaccinée. L'impossibilité d'identifier les individus avec certitude constitue la plus grande difficulté de cette étude.

- Les bordereaux de vaccination complétés obligatoirement par les médecins et sur lequel apparaissent des données nominales. Ces bordereaux ne contiennent aucun renseignement concernant les facteurs de risque.

Afin de pouvoir estimer la validité des résultats obtenus, d'autres sources ont été utilisées, dont la base de données VAXIN. Ce logiciel de gestion et de surveillance de la vaccination est un outil provincial, où chaque direction de santé publique (DSP) doit saisir les données contenues sur les formulaires d'immunisation reçus des vaccinateurs. Chaque DSP n'a accès qu'aux données des gens qui habitent sur son territoire. Les données concernant la quantité de vaccins distribués aux vaccinateurs ont été tirées du logiciel de gestion des produits immunisants de la DSPPÉ.

2. Méthode

Faute de ressources, il a été décidé de limiter la saisie pour la période débutant le 1er janvier 1997 et se terminant le 31 décembre 1998. Toutes les données disponibles pour cette période ont été saisies, et plusieurs personnes y ont été affectées.

Une base de données a été créée à partir du logiciel Microsoft Access version 7. Les analyses usuelles ont été effectuées à partir des fonctions du logiciel. Certaines ont été réalisées en exportant ces données dans le logiciel Excel. Les analyses nécessitant des recoupements entre enregistrements ont été réalisées par programmation en Visual Basic.

La première étape fut la recherche de doublons. Dans une première étape, tous les enregistrements pour lesquels la date de vaccination, la date de naissance et le sexe sont identiques ont été étiquetés comme étant potentiellement des données entrées en double. Dans une deuxième étape, on a considéré l'ordre dans lequel les enregistrements ont été saisis. Si deux enregistrements consécutifs étaient étiquetés comme doublons, on concluait qu'ils étaient effectivement des doublons.

Dans tous les cas, les doublons se retrouvaient groupés en plusieurs données consécutives qui se répétaient dans le même ordre. Au milieu de certaines séquences, il est arrivé qu'un enregistrement n'était pas identifié comme doublon. Dans ce cas, une minime correction, telle une inversion de deux chiffres dans la date de naissance, faisait en sorte que cet enregistrement soit identifié comme doublon. Il paraissait évident qu'il s'agissait d'une erreur de saisie. Ces corrections ont été effectuées.

Puisque les données ont été traitées par informatique, il a fallu prendre des précautions pour que des données manquantes ne soient pas considérées comme identiques.

Dans la première étape, 258 des 21 920 enregistrements initiaux ont été identifiés comme doublons. De ce nombre, 5 l'ont été à la suite d'une correction. Ceci permet d'estimer le taux d'erreur de saisie à moins de 2 %.

La deuxième étape a consisté à générer une liste d'individus vaccinés à partir de la liste des doses administrées de vaccins. L'algorithme utilisé procède de la façon suivante.

On tire au hasard un enregistrement parmi la liste des doses administrées. Puis on cherche les enregistrements qui répondent à l'un des quatre critères suivants.

1) Trouver trois enregistrements de doses administrées possédant la même date de naissance, le même sexe et le même numéro de vaccinateur, respectant les limites pour les intervalles 1-2 et 2-3 entre les doses.

2) Trouver trois enregistrements de doses administrées possédant la même date de naissance et le même sexe, respectant les limites pour les intervalles 1-2 et 2-3 entre les doses.

3) Trouver deux enregistrements de doses administrées possédant la même date de naissance, le même sexe et le même numéro de vaccinateur, respectant les limites soit de l'intervalle 1-2 soit de l'intervalle 2-3.

4) Trouver deux enregistrements de doses administrées possédant la même date de naissance et le même sexe, respectant les limites soit de l'intervalle 1-2 soit de l'intervalle 2-3.

Les limites pour les intervalles ont été établies à partir du graphique de distribution des intervalles entre les doses (voir annexe 1). L'intervalle entre la première et la deuxième (intervalle 1-2) dose doit se situer entre 22 et 95 jours, inclusivement. L'intervalle entre la deuxième et la troisième dose (intervalle 2-3) doit se situer entre 96 et 200 jours, inclusivement.

Les critères sont vérifiés dans l'ordre. Aussitôt que l'un d'entre eux est respecté, les suivants ne sont pas testés.

Dans le cas où plusieurs arrangements sont possibles pour un même critère, on choisit celui qui minimise le carré des distances aux valeurs centrales : 35 jours pour l'intervalle 1-2 et 150 jours pour l'intervalle 2-3. Le numéro tiré au hasard fait toujours partie des enregistrements choisis.

Si aucun des quatre critères n'est respecté, le cas est classé comme ayant reçu une seule dose durant la période étudiée. Si la dose a été reçue avant le 1er juin (i.e. les 5 premiers mois de l'étude), on assume qu'il s'agit d'une 3e dose, autrement on assume qu'il s'agit d'une première dose.

Une fois les enregistrements choisis, ils sont retirés de la liste des doses administrées et un enregistrement est ajouté dans la liste des personnes vaccinées. L'algorithme tire à nouveau un enregistrement au hasard et le processus recommence.

Éventuellement, tous les enregistrements de la liste des doses administrées sont retirés, alors que la liste des personnes vaccinées est complétée. Cela détermine 5 catégories, décrites dans le tableau 2.

Tableau 2
Catégories générées par l'algorithme

D1	Individu considéré comme ayant reçu seulement la première dose.
D12	Individu considéré comme ayant reçu la première et la deuxième doses.
D123	Individu ayant reçu les trois doses.
D23	Individu qui n'a reçu que deux doses, mais dont l'intervalle entre les deux laisse croire qu'il a reçu la première avant le 1er janvier 1997.
D3	Individu qui n'a reçu qu'une dose durant la période analysée. Individu considéré comme ayant reçu la troisième dose.

3. Résultats

Pour la période débutant le 1er janvier 1997 et se terminant le 31 décembre 1998, 21 662 doses de vaccins ont été administrées en Montérégie dans le cadre de ce programme. Le nombre de personnes différentes ayant reçu une ou plusieurs doses de vaccins contre l'hépatite B est estimé à 12 557 personnes.

Âge et sexe

Le tableau 3 donne la répartition des personnes vaccinées en fonction de l'âge et du sexe.

Tableau 3
Répartition des personnes vaccinées en fonction de l'âge et du sexe

Groupe d'âge	Fém	Masc	Total
0-10 ans	584	570	1 154 (9,29 %)
11-19 ans	5359	3 199	8 558 (68,92 %)
20 ans +	1 595	1 110	2 705 (21,78 %)
Total	7 538 (60,71 %)	4 879 (39,29 %)	12 417 (100, %)

Parmi les 12 417 personnes vaccinées dont on connaît le sexe, 7538 (60,7 %) sont des femmes et 4879 (39,3 %) sont des hommes. La différence de 140 personnes s'explique par la présence de données manquantes.

On remarque que dans le groupe des 11-19 ans, près des 2/3 (63 %) des personnes vaccinées sont des femmes, alors que dans le groupe des 20 ans et plus cette proportion est de 59 %.

Groupes prioritaires

L'analyse des groupes prioritaires s'est faite à partir de la liste des doses administrées et non à partir de la liste des personnes. Pour une même personne, le code inscrit variait souvent d'une vaccination à l'autre : l'analyse et la présentation des données auraient été trop compliquée. Le tableau 4 donne la répartition des **doses administrées** en fonction des groupes prioritaires rapportés par les vaccinateurs.

Tableau 4
Répartition des doses administrées en fonction des groupes prioritaires

Code	Description	Nombre (%)
0	Donnée manquante dans la base de données	454 (2,10 %)
1	Les nouveau-nés de mères positives à l'antigène HBsAg.	76 (0,35 %)
2	Toute personne vivant dans la même maisonnée qu'un cas aigu ou un porteur et tout partenaire sexuel d'un cas aigu ou d'un porteur.	1 201 (5,54 %)
3	Toute personne consultant un service de santé telles les cliniques jeunesse et ayant des facteurs de risque pour l'hépatite B, MTS, partenaires multiples,...	7 092 (32,74 %)
4	La clientèle des centres d'accueil pour jeunes en difficulté d'adaptation, secteur hébergement.	519 (2,40 %)
5	Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et cocaïnomanes ainsi que leur(s) partenaire(s) sexuel(s) régulier(s).	109 (0,50 %)
6	Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et leurs partenaires féminines, le cas échéant.	123 (0,57 %)
7	Les personnes s'adonnant à la prostitution.	22 (0,10 %)
8	Les nouveau-nés de mères cocaïnomanes et UDI.	8 (0,04 %)
9	Les nouveau-nés de mères du sud-est asiatique	135 (0,62 %)
10	Les déficients intellectuels	243 (1,12 %)
11	Les clients de centre de réadaptation pour toxicomanes	56 (0,26 %)
12	Les détenus de centre de détention	15 (0,07 %)
13	Tout adolescent de moins de 18 ans qui demande la vaccination	11 609 (53,59 %)

Plus de la moitié (53,6 %) des doses de vaccins ont été administrées auprès de jeunes de moins de 18 ans qui demandent la vaccination. Près du tiers (32,7 %) ont été effectués auprès de personnes qui consultent une clinique jeunesse et ayant des facteurs de risque. Au total, 86,3 % des doses ont été administrées à une clientèle jeunesse.

Moins de 1 % des doses de vaccins ont été administrées auprès de personnes pour qui l'usage de drogues (UDI et cocaïnomanes) a été identifié comme facteur de risque, incluant les doses administrées en centre de réadaptation pour toxicomanes (code 11) et en centre de détention (code 12), où l'usage de drogues par injection constitue un des principaux facteurs de risque connu.

Seulement 0,6 % des doses ont été administrées à des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ou leurs partenaires féminines (code 6).

La moyenne d'âge pour l'ensemble des groupes est de 24 ans. Elle est de 30 ans pour les personnes dont l'usage de drogues est un facteur de risque et de 18 ans pour l'ensemble des autres groupes.

Nombre de doses reçues

Le nombre d'individus en fonction du nombre de doses reçues est indiqué dans le tableau 5.

Tableau 5
Nombre d'individus en fonction des doses reçues

Doses	Nombre
D1	4 768 (38 %)
D12	2 629 (21 %)
D123	2 568 (20 %)
D23	1 340 (11 %)
D3	1 252 (10 %)

Si on considère que les catégories D123, D23 et D3 ont complété la vaccination, la proportion des personnes qui ont une vaccination complète est de 41 %.

Nombre de fioles distribuées

Les données originales permettent de déterminer la quantité de vaccins nécessaires pour réaliser toutes ces vaccinations. Le volume de vaccin pour chaque dose administrée dépend de l'âge. Il est de 0,25 mL pour une personne de 10 ans ou moins, de 0,50 mL pour une personne de 11 à 19 ans et de 1,0 mL pour une personne de 20 ans et plus. Le tableau 6 résume le nombre de doses administrées pour chaque groupe d'âge.

Tableau 6
Nombre de doses selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	Nombre de doses	Volume (mL)
0-10 ans	1 295	323,75
11-19 ans	1 6203	8 101,50
20 ans et plus	4164	4 164,00
	TOTAL :	12 589,25

La DSPPÉ a fourni 24 864 fioles de 1,0 mL pour la période du 1er janvier 1997 au 31 décembre 1998. Cette quantité exclut les pertes encourues suite à la crise du verglas (janvier 1998).

Il a fallu 12 589 mL pour administrer toutes les doses enregistrées dans la base de données pour la période de 2 ans. Les données disponibles représentent 51 % des doses distribuées.

4. Discussion

Limites de la méthodologie

La deuxième partie du calcul a utilisé des critères pour bâtir une liste d'individus à partir de la liste des doses administrées. Il est certain que cette méthode possède beaucoup de limites. Celles-ci sont exposées, ainsi que les effets qu'elles apportent sur les résultats.

On considère que tout individu recevant une seule dose durant la période à l'étude reçoit une troisième dose lorsque la date de vaccination est avant le 1er juin 1997. Cela a pour effet de surestimer le nombre d'immunisations complètes (individus qui ont reçu 3 doses). Par contre, le même critère n'a pas été utilisé pour le groupe D12 (individus ayant reçu 2 doses) durant les 5 derniers mois de la période étudiée. On peut supposer que les deux effets sont du même ordre de grandeur, ce qui fait que le nombre de vaccinations complètes demeure à peu près le même.

De plus, l'algorithme utilisé favorise le regroupement de trois doses plutôt que de deux. Ceci est dû au fait que les critères pour trois doses (critères 1 et 2) sont appliqués en premier. Par exemple, s'il y a quatre enregistrements de doses administrées de vaccins avec la même date de naissance, l'algorithme favorisera une répartition «3 doses:1 dose» plutôt que «2 doses:2 doses».

Les erreurs de saisie ont pour effet de diminuer le nombre de vaccinations à trois doses. Il pourrait arriver l'inverse (créer une association erronée), mais le hasard a plutôt tendance à ne pas faire concorder les enregistrements. Puisque le taux d'erreurs de saisie est très bas, cela ne peut pas faire varier de beaucoup les valeurs.

Il faut donc conclure que l'estimation de 41 % de vaccinations complètes représente une borne supérieure plutôt qu'inférieure. Autrement dit, la valeur réelle est probablement plus petite.

Le nombre de doses nécessaires pour effectuer les vaccinations rapportées dans cette étude ne représentent que 51 % des doses distribuées par la DSPPÉ au cours de la même période. Cet écart peut s'expliquer soit par les pertes (utilisation incomplète de fioles par exemple), soit par une sous déclaration importante de la part des vaccinateurs. Les conclusions présentées ici devraient alors être interprétées avec beaucoup de prudence.

Interprétation des résultats

Clientèle rejointe par le programme

Les deux groupes prioritaires les plus souvent identifiés sont le groupe 13 (tout adolescent de moins de 18 ans demandant la vaccination) et le groupe 3 (personne consultant une clinique jeunesse et ayant des facteurs de risque) ce qui représente respectivement 53,6 % et 32,7 % des doses administrées. La majorité de la clientèle qui consulte en clinique jeunesse étant âgée de 18 ans et moins, on constate que le programme actuel rejoint davantage la clientèle de ce groupe d'âge.

Seul le groupe d'âge de 0 à 9 ans a une répartition égale selon le sexe. Dans les autres groupes, il y a prépondérance de personnes de sexe féminin (60 %). Ces données concordent avec la proportion connue de personnes de sexe féminin consultant les cliniques jeunesse.

Facteurs de risque identifiés

Les groupes prioritaires tels que définis ne sont pas des catégories exclusives. Ils sont constitués à la fois de facteurs de risque (usage de drogues par injection), des milieux où se retrouvent des personnes ayant des comportements à risque (centre de détention) et des lieux de consultation (clinique jeunesse).

Comme l'intervenant doit attribuer au client une seule de ces catégories, il est probable que les groupes 3 et 13 soient préférés pour des raisons de simplicité, ce qui entraînerait une sous déclaration des facteurs de risque associés à une clientèle marginalisée. Cependant, des données provenant d'autres sources confirment que ces clientèles, particulièrement les UDI, utilisent peu les services offerts par le réseau. Les données présentées ici ne les contredisent pas.

Toutefois, l'analyse des données de monitorage du programme d'échange de seringues de la Montérégie (DSPPÉ, août 1999) révèle que 49 % des contacts d'usagers (n=1636) pour l'année 1998 ont été effectués par les CLSC et plus des deux tiers des contacts ont été effectués auprès de personnes de plus de 24 ans. Ces données nous confirment de plus en plus la nécessité d'intégrer les différents services offerts à cette clientèle.

On constate également que la proportion des doses de vaccins administrées à la clientèle des centres de détention et des centres de réadaptation pour personnes toxicomanes est minime (<1%), alors qu'y sont concentrées des personnes ayant des comportements à haut risque d'infection. Ces résultats devraient susciter notre réflexion quant à l'urgence de déployer des efforts supplémentaires pour favoriser l'adoption de pratiques cliniques préventives dans ces milieux.

Fidélité au calendrier de vaccination recommandé

Malgré les limites décrites précédemment, l'analyse révèle que la proportion des personnes ayant reçu au moins deux doses s'élève à 61 %. La proportion des personnes ayant reçu trois doses atteint au maximum 41 %. La validation de ce résultat est difficile puisqu'il existe peu de données concernant les taux de fidélité au calendrier de vaccination obtenus dans des programmes de vaccination contre l'hépatite B similaires ailleurs au Québec.

La clientèle jeunesse consulte fréquemment les CLSC, les opportunités de vaccination devraient être plus nombreuses. On aurait dû s'attendre à une couverture vaccinale complète (3 doses) plus élevée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La vaccination contre l'hépatite B est une pratique préventive de mieux en mieux implantée dans les CLSC et chez les médecins en cabinet privé. Cependant, le programme tel qu'appliqué via le réseau habituel arrive difficilement à rejoindre une clientèle plus marginalisée (UDI et HARSAH).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux confirmait récemment sa volonté de **poursuivre et d'intensifier** le programme de vaccination contre les hépatites A et B destiné aux UDI et aux HARSAH, pour lequel une promotion plus intensive est prévue au printemps 2000. Le programme québécois d'intervention sur l'hépatite C prévoit aussi développer une série d'interventions destinées à la clientèle UDI, lesquelles ne sont toutefois pas encore précisées.

Afin de rencontrer les objectifs de ces nouveaux programmes et devant une problématique de plus en plus importante chez les UDI en ce qui concerne les maladies transmissibles par le sang, notamment les hépatites B et C, la DSPPÉ devra :

1. Développer, maintenir et supporter les programmes qui visent à mieux rejoindre les clientèles vulnérables et favoriser une intégration de l'ensemble des services qui leurs sont destinés.

À cet égard, deux projets ont été mis en place cette année en Montérégie. Le projet Accès - IP est un projet pilote en cours de réalisation dans cinq territoires de CLSC (Longueuil-Ouest, Seigneurie de Beauharnois, du Havre, des Maskoutains et du Haut-Richelieu). Il vise à rendre accessibles aux UDI et HARSAH certaines interventions préventives, dont la vaccination contre les hépatites A et B. Ce projet a été réalisé en collaboration avec les CLSC et les ressources communautaires des territoires concernés. Un projet semblable est en cours d'implantation au centre de réadaptation Le Virage dans le cadre de son programme en désintoxication. L'évaluation de ces deux projets devrait nous permettre de dégager des pistes d'interventions pour mieux rejoindre ces clientèles.

2. Déployer des efforts plus importants pour développer des liens avec les intervenants des centres de détention afin de favoriser et supporter l'implantation de pratiques préventives dans ces milieux.

3. Développer des moyens pour améliorer la fidélité de la clientèle, particulièrement auprès des jeunes qui fréquentent les cliniques jeunesse et les cliniques MTS des CLSC.

4. Cesser l'utilisation de la grille de collecte de données actuelle.

5. Recommander la saisie de l'information vaccinale dans le logiciel VAXIN, pour les établissements où le logiciel est disponible.

6. Recommander l'utilisation du formulaire d'immunisation (bordereau de vaccination) pour les établissements où le logiciel VAXIN n'est pas disponible et pour les médecins en cabinet privé.

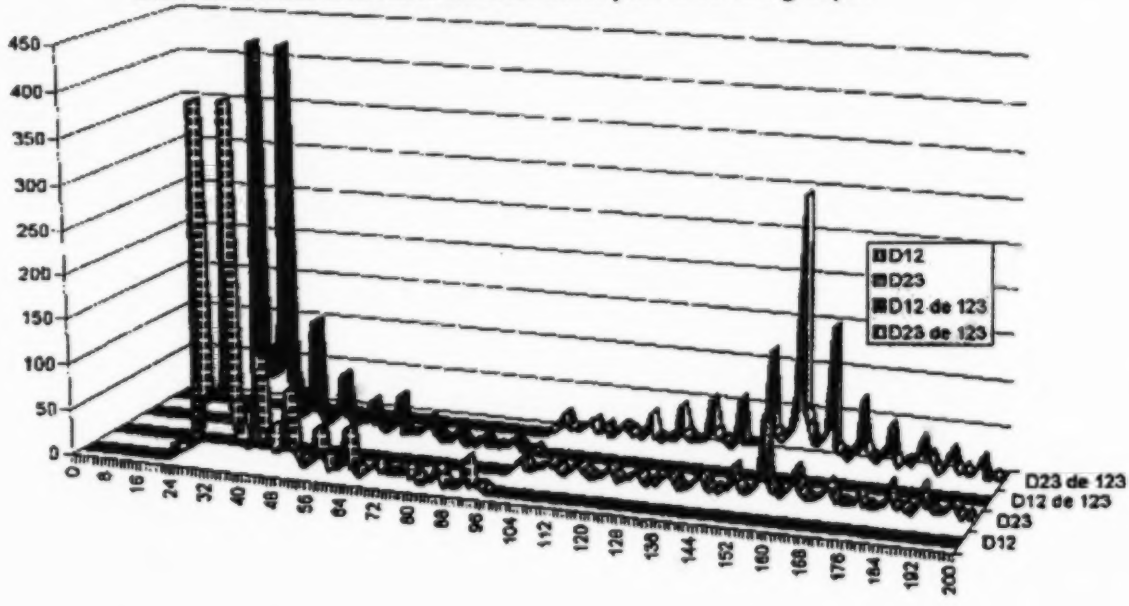
7. Effectuer la saisie des données des bordereaux de vaccination au niveau régional dans le logiciel vaxin.

Annexe 1

Distribution des intervalles entre les doses

L'algorithme pour identifier les personnes à partir des listes des doses de vaccins a nécessité une connaissance a priori de la distribution des intervalles entre les doses. Certaines analyses préliminaires ont permis de déterminer ces distributions. Les données sont résumées dans le graphique suivant. Deux courbes illustrent les intervalles entre la première dose et la deuxième. L'une provient du groupe D12 et l'autre du groupe D123. De la même façon, il y a deux courbes pour l'intervalle entre la deuxième et la troisième doses.

Graphique 1
Distribution des intervalles entre les doses pour différents groupes



Sur le graphique illustrant les intervalles entre les doses, on remarque deux pics pour l'intervalle 1-2, situés à 28 et 35 jours. Pour l'intervalle 2-3, le pic se situe à 154 jours. L'allure des courbes est la même qu'il s'agisse du groupe D12, D23 ou du groupe D123. Les courbes ne se chevauchent pas, puisque l'algorithme utilise la valeur de 95 jours comme seuil pour déterminer à quel groupe appartient la vaccination.

La hauteur des pics diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne des pics principaux. La diminution est plus marquée pour les courbes appartenant au groupe D123. Pour les deux courbes représentant l'intervalle entre la deuxième et la troisième dose, la hauteur du pic principal est de 296 pour le groupe D123 et de 93 pour le groupe D23. Ceci représente un ratio de 3:1. Aux extrémités, la hauteur des pics est approximativement la même. Ce ratio laisse croire que l'intervalle interdoses est moins discriminant lorsqu'il n'y a que deux doses pour un individu.

On remarque également qu'il y a une périodicité à tous les 7 jours. Ceci s'explique par le fait que les lieux où s'effectue la vaccination ont tendance à être ouverts le même jour de la semaine.

Annexe 2

Exemple de grille de collecte des données

PROGRAMME DE PRÉVENTION DE L'HÉPATITE B
VACCINATION GRATUITE DES GROUPES PRIORITAIRES
FORMULAIRE DE GESTION DES PRODUITS BIOLOGIQUES

Nom du vaccinateur : _____

Code d'enregistrement : _____

Veuillez retourner le formulaire rempli en même temps que votre commande mensuelle de produits immunisants

Date de la vaccination j/m/a	Clientèle cible code (voir verso)	Date de naissance j/m/a	Sexe	
			M	F

Programme de prévention de l'hépatite B

Vaccination gratuite des groupes prioritaires	
Code	Clientèles
01	Les nouveau-nés de mères positives à l'antigène HBsAg.
02	Toute personne vivant dans la même maisonnée qu'un cas aigu ou un porteur et tout partenaire sexuel d'un cas aigu ou d'un porteur.
03	**Toute personne consultant un service de santé telles les cliniques jeunesse et ayant des facteurs de risque pour l'hépatite B, MTS, partenaires multiples,...**
04	La clientèle des centres d'accueil pour jeunes en difficulté d'adaptation, secteur hébergement.
05	Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et cocaïnomanes ainsi que leur(s) partenaire(s) sexuel(s) réguliers(s).
06	Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et leurs partenaires féminines, le cas échéant.
07	Les personnes s'adonnant à la prostitution.
09	Les nouveau-nés de mères du sud-est asiatique.
10	Les déficients intellectuels.
11	Les clients de centre de réadaptation pour toxicomanes.
12	Les détenus de centre de détention.
13	**Tout adolescent de moins de 18 ans, demandant la vaccination.**

L'hépatite B

L'hépatite B est une des maladies sur laquelle se penchent les professionnels de la santé publique dans le but de protéger la population contre cette infection. La mesure préventive la plus efficace contre l'hépatite B est la vaccination.

En ce sens, même si la vaccination ne fait pas l'objet d'un programme universel, le vaccin est cependant offert gratuitement aux élèves de quatrième année du primaire. D'autres groupes à risque comme les utilisateurs de drogues injectables et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont vaccinés au moyen d'un programme de vaccination spécifique.

Ce rapport présente alors l'état de la situation de la vaccination des clientèles vulnérables effectuée par la Direction de la santé publique et ses partenaires des cliniques privées et des CLSC entre janvier 1997 et décembre 1998. Il nous montre quelle clientèle est davantage rejointe par le programme de vaccination ainsi que le degré de fidélité de cette clientèle au calendrier de vaccination (trois doses). On y montre également les moyens utilisés pour rejoindre la clientèle.

À la fin de ce document, les lecteurs pourront prendre connaissance des recommandations qui découlent de cette analyse et qui aideront, nous l'espérons, à rejoindre davantage certaines de nos clientèles à risque.

Bonne lecture!

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3 Téléphone : (450) 928-6777